

И.Н. Сарвир

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ И СОСУДИСТО-МОЗГОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

I.M. Sarvir

FEATURES OF EMOTIONAL-AFFECTIVE SPHERE IN PATIENTS WITH ACUTE CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR DISEASES

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

Резюме. Для выявления особенностей эмоционально-аффективной сферы пациентов с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями было обследовано 309 пациентов (76 - с ишемической болезнью сердца, стенокардией, 75 - с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, 77 - с транзиторными ишемическими атаками, 81 - с церебральным инсультом). Проводилось клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование.

Было установлено, что для пациентов с острыми соматическими состояниями психосоматического регистра характерно наличие общих черт эмоционально-аффективной сферы.

Большинство пациентов с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями характеризовались отсутствием депрессивных симптомов.

При наличии высокого уровня личностной тревожности, как базовой характеристики личности, средний уровень реактивной тревоги был в диапазоне умеренных значений, несмотря на наличие объективной витальной угрозы индивидуальному существованию.

Сочетание среднего уровня враждебности и низкого уровня как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности, указывает на наличие у пациентов с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями пассивного отношения к собственному состоянию, а также интериоризацию агрессивных импульсов.

Основой для разработки патогенетической системы медико-психологической коррекции психологической дезадаптации среди пациентов с острыми состояниями терапевтического профиля были данные клинических, психопатологических и психодиагностических исследований.

Ключевые слова: острые сердечно-сосудистые и сосудисто-мозговые заболевания, особенности эмоционально-аффективной сферы, медико-психологическая коррекция.

Проблема психосоматических заболеваний, несмотря на огромные успехи, достигнутые в диагностике, лечении, профилактике, а также в теоретическом обосновании этиопатогенетических механизмов, продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем

современной медицины. Прежде всего, это обусловлено их широкой распространенностью среди трудоспособного населения, сочетанностью соматической симптоматики с разнообразными пограничными психическими расстройствами [1 – 8].

Вне зависимости от основного пускового фактора, одним из ключевых звеньев патогенеза психосоматических заболеваний является наличие длительно существующего «застойного» отрицательного эмоционального состояния. Принципиальный интерес представляют данные ряда авторов о специфике эндокринно-висцерального выражения различных видов эмоций, а также о фазах реакций организма при продолжающемся эмоциогенном расстройстве в процессе развития соматической патологии. Формирование фиксированных неотрагированных эмоций способствует локализации повреждающего эффекта эмоционального стресса именно в той висцеральной системе, доминирующая функция которой повторно обрывается одним и тем же стрессором. В связи с этим среди отрицательных эмоциональных состояний максимальное патогенное значение имеют те эмоции, выражение которых строго регламентировано существующими социальными, морально-этическими и нравственными нормами (страх, гнев, агрессия и др.).

В ряде медицинских исследований показана патогенетическая близость комплекса вегетативных, циркуляторных, метаболических, электрофизиологических сдвигов, сопровождающих состояния эмоциональной нестабильности и соматические заболевания, что дает основания предполагать наличие их причинно-следственной взаимосвязи [9 – 14].

В основе психоцентрических концепций психосоматических заболеваний воздействие стресса интерпретируется в качестве причины как возникновения, так и прогрессирования соматического заболевания. Патогенез стресса впервые был описан Selye, который расширил данные Cannon понятием адаптационного синдрома. В данной неспецифической реакции он различал 3 фазы: 1) стадия реакции тревоги; 2) стадия сопротивления; 3) стадия истощения. В 3-й фазе собственно и происходит слом регулирующих механизмов организма с необратимыми соматическими изменениями.

Среди факторов стресса ведущую роль играют интеллектуально-волевое перенапряжение, а также психосоциальное неблагополучие, обусловленное низким социально-экономическим статусом, нестабильностью трудоустройства и отсутствием прочных социальных связей и должного уровня общественной поддержки.

В качестве основных психофизиологических механизмов, опосредующих манифестацию соматического заболевания под воздействием стресса, рассматриваются эмоциональное возбуждение (гнев, тревога, страх), либо торможение (безнадежность, беспомощность, отчаяние), приводящие соответственно к активации ЦНС и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов.

Следует отметить также, что с возникновением клинических проявлений психосоматических заболеваний действие эмоциогенных и личностных факторов не прекращается, напротив, создаются новые условия для взаимосвязи между сомой и психикой [15 – 19].

В этой связи особенно перспективным для лечения психосоматических заболеваний представляется использование немедикаментозных методов, отвечающих требованиям полной безвредности, экономичности, комплексности воздействия. В этом случае различные виды психотерапии параллельно приводят к купированию клинических проявлений соматического заболевания [20 – 29].

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. При этом важным вопросом является разработка новых программ медико-психологического сопровождения этих больных на ранних этапах лечения.

Цель исследования: выявление особенностей состояния эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования.

Материал и методы исследования

Всего было обследовано 309 больных, перенесших острые сердечно-сосудистые и сосудисто-мозговые состояния, в возрасте от 39 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные были распределены на 4 группы: 1-ю группу составили 76 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардия; 2-ю – 75 больных с

ишемической болезнью сердца, инфаркт миокарда (ИМ); 3-ю – 77 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю – 81 больной с мозговым инсультом (МИ).

Динамическое наблюдение включало в себя следующий комплекс исследований: клинико-психопатологическое наблюдение, в ходе которого оценивалось состояние психической сферы; психодиагностическое исследование с использованием шкалы У. Цунга для самооценки депрессии в адаптации Т. И. Балашовой (по Д. Я. Райгородскому, 2002), шкалы М. Гамильтона для оценки депрессии (HDRS, Hamilton M., 1967), шкалы реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина (по Д. Я. Райгородскому, 2002), методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки по Д. Я. Райгородскому, 2002); статистический анализ полученных результатов.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью *t* критерия Стьюдента. Для сравнения выборочных долей, выраженных в процентах (Р%), использовался критерий *z*, аналогичный *t* критерию Стьюдента.

Результаты исследования

Исследование эмоционально-аффективной сферы с помощью психодиагностических методик позволило выявить у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями следующие особенности.

Для сопоставления субъективной и объективной оценок наличия депрессии, а также ее уровня, нами было проведено исследование с помощью 2 методик: шкалы У. Цунга для самооценки депрессии и шкалы Гамильтона для оценки депрессии.

По результатам исследования с помощью шкалы Цунга у большинства больных (88,03±1,85%) показатели не достигали 50 баллов, что свидетельствовало об отсутствии у них признаков депрессии, у 31 больного (10,03±1,71%) отмечались признаки легкой депрессии (диапазон 50 – 59 баллов), и лишь у 2 больных (0,65±0,46%) депрессия достигала умеренного уровня (диапазон 60 – 69 баллов).

Распределение показателей самооценки депрессии имели некоторые различия между исследуемыми группами больных (табл. 1).

Таблица 1

Распределение показателей самооценки депрессии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями (в Р%±s%, по данным шкалы Цунга)

Диапазон баллов	1-я группа (n=76)	2-я группа (n=75)	3-я группа (n=77)	4-я группа (n=81)
До 50	92,11±3,09	82,67±4,37	87,01±3,83	95,06±2,41
50-59	5,26±2,56	17,33±4,37	12,99±3,83	4,94±2,41
60-69	2,63±1,84	–	–	–

Подавляющее большинство больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями (от 82,67±4,37% в группе больных с ИМ до 95,06±2,41% в группе больных с МИ) не обнаруживало признаков депрессии (показатели по шкале Цунга менее 50 баллов).

Легкая депрессия по данным самооценки несколько чаще выявлялась у больных с ИМ и ТИА (соответственно 17,33±4,37% и 12,99±3,83% обследованных), чем у больных со стенокардией и МИ (соответственно 5,26±2,56% и 4,94±2,41%). Статистической значимости различия достигали между 2-й и 1-й, 2-й и 4-й группами больных (во всех случаях *p*<0,05).

Субдепрессивное состояние (показатели по шкале Цунга от 60 до 69 баллов) обнаруживалось лишь среди больных стенокардией (2,63±1,84%).

Анализ среднегрупповых показателей по данным самооценки показал, что во всех исследуемых группах средний уровень депрессии не достигал 50 баллов по шкале Цунга (рис. 1).

Наиболее высоким средним показателем депрессии был в группе больных ИМ (41,10±0,91 балла), наиболее низким – в группе больных МИ (36,86±0,77 балла). Статистической значимости различия достигали между 2-й и 4-й (*p*<0,001), 2-й и 1-й (*p*<0,01) группами больных.

Анализ результатов исследования с помощью шкалы М. Гамильтона показало наличие умеренной депрессии у 17,02±1,92% больных с острыми соматическими состояниями. Не отмечалось наличие выраженной и тяжелой депрессии.

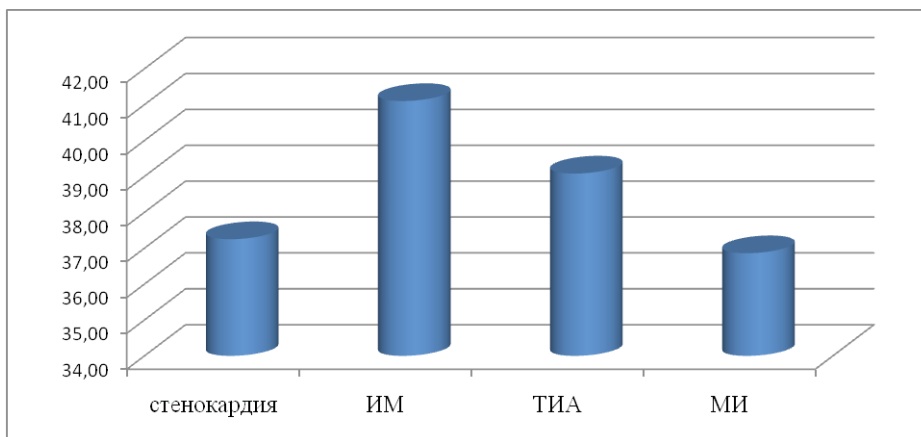


Рис. 1. Распределение среднегрупповых показателей депрессии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями (по данным шкалы Цунга, в баллах).

Чаще признаки умеренной депрессии регистрировались у больных ИМ и МИ (соответственно $21,33 \pm 4,73\%$ и $17,81 \pm 4,48\%$), чем у больных ТИА и стенокардией (соответственно $11,69 \pm 3,66\%$ и $10,53 \pm 3,52\%$).

При этом отмечались различия в объективной оценке депрессии и самооценивании больных. Так, отсутствие депрессии по данным самооценки чаще встречалось среди больных со стенокардией, ИМ, МИ. Статистической значимости данные различия достигали лишь в группе больных МИ ($p < 0,01$).

Для исследования наиболее значимой из базовых характеристик эмоционально-аффективной сферы человека нами использовалась шкала реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина.

У большинства обследованных больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями ($79,61 \pm 2,29\%$) уровень реактивной тревоги соответствовал

умеренному, уровень личностной тревожности – высокому ($85,11 \pm 2,03\%$ больных).

Однако соотношение исследуемых показателей имело некоторые особенности у больных с различной нозологической принадлежностью (табл. 2).

Во всех клинических группах больных преобладал умеренный уровень реактивной тревоги (от $65,33 \pm 5,50\%$ у больных ИМ до $90,12 \pm 3,32\%$ у больных МИ, во всех случаях $p < 0,001$). При этом у больных МИ и стенокардией чаще встречались низкие, у больных ИМ – высокие уровни реактивной тревоги.

Низкий уровень личностной тревожности регистрировался лишь у $1,29 \pm 0,64\%$ больных с острыми соматическими состояниями (в группах больных ИМ и ТИА). Преобладание высокого уровня достигало статистической значимости во всех клинических группах ($p < 0,001$). Умеренный уровень тревожности чаще встречался среди больных стенокардией ($22,37 \pm 4,78\%$).

Таблица 2

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями (в $P\% \pm s$, по данным шкалы Спилбергера – Ханина)

уровень	1-я группа (n=76)	2-я группа (n=75)	3-я группа (n=77)	4-я группа (n=81)
Реактивная тревога				
низкий	$14,47 \pm 4,04$	$9,33 \pm 3,36$	$7,79 \pm 3,05$	$9,88 \pm 3,32$
умеренный	$77,63 \pm 4,78$	$65,33 \pm 5,50$	$84,42 \pm 4,13$	$90,12 \pm 3,32$
высокий	$7,89 \pm 3,09$	$25,33 \pm 5,02$	$7,79 \pm 3,05$	–
Личностная тревожность				
низкий	–	$2,67 \pm 1,86$	$2,60 \pm 1,81$	–
умеренный	$22,37 \pm 4,78$	$14,67 \pm 4,09$	$5,19 \pm 2,53$	$12,35 \pm 3,66$
высокий	$77,63 \pm 4,78$	$82,67 \pm 4,37$	$92,21 \pm 3,05$	$87,65 \pm 3,66$

Во всех группах больных средний показатель реактивной тревоги соответствовал умеренному уровню (от 36,45±0,70 балла у больных стенокардией до 39,60±0,80 балла у больных ИМ), средний показатель личностной тревожности – высокому уровню (от 50,08±0,72 балла у больных стенокардией до 52,63±0,81 балла у больных МИ). Во всех клинических группах различия между усредненными показателями реактивной тревоги и личностной тревожности достигали статистической значимости (во всех случаях $p < 0,001$).

Анализ данных, полученных с помощью методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки, выявил следующие особенности (табл. 3).

Около половины больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями демонстрировали наличие среднего уровня враждебности (от 45,45±5,67% среди больных с ТИА до 57,33±5,71% больных МИ). При этом низкий уровень враждебности относительно чаще регистрировался у больных МИ, ТИА и стенокардией, высокий – у больных ИМ.

Таблица 3

Распределение показателей и форм агрессии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями (в $P\% \pm \%$, по данным методики А. Басса и А. Дарки)

уровень	1-я группа (n=76)	2-я группа (n=75)	3-я группа (n=77)	4-я группа (n=81)
враждебность				
низкий	27,63±5,13	17,33±4,37	32,47±5,34	34,57±5,28
средний	55,26±5,70	57,33±5,71	45,45±5,67	48,15±5,55
высокий	17,11±4,32	25,33±5,02	22,08±4,73	17,28±4,20
Мотивационная агрессия				
низкий	80,26±4,57	69,33±5,32	76,62±4,82	92,59±2,91
средний	14,47±4,04	25,33±5,02	15,58±4,13	7,41±2,91
высокий	5,26±2,56	5,33±2,59	7,79±3,05	–
Общая агрессивность				
низкий	77,63±4,78	69,33±5,32	84,42±4,13	92,59±2,91
средний	19,74±4,57	25,33±5,02	12,99±3,83	7,41±2,91
высокий	2,63±1,84	5,33±2,59	2,60±1,81	–

Среднегрупповой показатель враждебности находился в диапазоне среднего уровня во всех группах больных (от 6,58±0,38 баллов у больных МИ до 8,55±0,31 балла у больных ИМ).

У большинства обследованных больных уровень как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности находился в диапазоне низких значений. Высокие уровни мотивационной агрессии и общей агрессивности встречались лишь у 4,71±1,08% и 3,14±0,89% больных соответственно.

Выводы

Для больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями характерно наличие общих особенностей эмоционально-аффективной сферы.

Большинство больных в остром периоде психосоматического заболевания характеризуются отсутствием депрессивной симптоматики.

При наличии высокого уровня личностной тревожности, как базовой характеристики личности, средний уровень реактивной тревоги находится в диапазоне умеренных значений, несмотря на имеющуюся объективную витальную угрозу существования индивида.

Сочетание среднего уровня враждебности и низких уровней как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности, свидетельствует о наличии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями пассивного отношения к своему состоянию, а также интериоризации агрессивных импульсов.

Основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями являются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Ведення пацієнта зі стабільною ішемічною хворобою серця лікарем загальної практики – сімейним лікарем : Методичні рекомендації / Л.Ф. Матюха, Л.В. Клименко, О.В. Процюк [та ін.]. – Київ, 2016. – 45 с.
2. Сердюк О.І. Непсихотичні форми порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання (клініка, систематика, критерії діагностики та принципи терапії) : дис. на здобуття ступеня д-ра мед. наук : 14.01.16 / О.І. Сердюк. – Харків, 2003. – 439 с.
3. Маркова М.В. Інтеграція медичної психології в систему надання медичної допомоги пацієнтам із тяжкими соматичними захворюваннями як необхідна умова оптимізації лікувального процесу / М.В. Маркова, І.Р. Мухаровська, О.В. Пionтківська // *Медицинская психология*. – 2014. – Т. 9, № 3. – С. 3–6.
4. Марута Н.О. Організація суспільно-орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України / Н.О. Марута, В.А. Демченко, В.В. Домбровська. – Київ ; Харків, 2012. – 136 с.
5. Омелянович В.Ю. Соціально-психологічна фрустрація і її взаємозв'язок з симптоматичною структурою станів парциальної психической дезадаптації і психосоматичних захворювань у співробітників органів внутрішніх справ / В.Ю. Омелянович // *Медицинская психология*. – 2013. – № 1. – С. 14–20.
6. Психодіагностичні особливості когнитивних розстройств середі больових трудоспособного віку з соматичними захворюваннями / А.М. Кожина, В.І. Коростий, В.Б. Михайлов [и др.] // *Медицинская психология*. – 2012. – Т. 7, № 4. – С. 68–74.
7. Чабан О.С. Гіпотези та ідеї для науково-дослідних робіт в області медичної психології та психосоматики / О.С. Чабан // *Архіви психіатрії*. – 2013. – № 1 (72). – С. 32–34.
8. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension // *J. Hypertension*. – 2013. – Vol. 21. – P. 1011-1053.
9. Компанович М. С. Емоційна лабільність та шляхи її корекції у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями / М.С. Компанович // *Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. І. Огієнка, Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України ; за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої*. – Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2017. — Вип. 35. — С. 207–224.
10. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині : навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів – слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк, В.В. Чугунов [та ін.] ; за заг. ред. Б.В. Михайлова. – 3-є вид., стереотип. – Харків : ХМАПО, 2014. – 328 с.
11. Основи медичної психології : навчально-методичний посібник для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рів. акред. та лік.-інтерн. / В.М. Ждан, А.М. Скрипніков, Л.В. Животовська [та ін.]. – Полтава : АСМІ, 2014. – 255 с.
12. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. – Київ : ДСГ Лтд, 2004. – 96 с.
13. Коростий В.И. Дифференцированные подходы к коррекции эмоциональных расстройств у пациентов с психосоматическими заболеваниями / В.И. Коростий, А.М. Кожина, М.В. Маркова // *Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал*. – 2013. – Т. 6, № 1 (19). – С. 74–78.
14. Chou P. H. Panic disorder and risk of stroke: a population-based study / P. H. Chou, C. H. Lin, el-W. Loh [et al.] // *Psychosomatics*. – 2012. – Vol. 53. – № 5. – P. 463–469.
15. Alexander F. *Psychosomatische Medizin*. – Berlin, 1951. – 608 p.
16. Коростий В.И. Прогнозирование и психотерапевтическая коррекция эмоциональных расстройств при психосоматических заболеваниях / В.И. Коростий // *Медицинская психология*. – 2013. – Т. 8, № 3. – С. 56–62.
17. Пшук Н.Г. Якість життя та особливості клінічних проявів депресивних розладів у хворих, які перенесли ішемічний інсульт / Н.Г. Пшук, М.І. Демченко // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, Вип. 1 (70) (Дод.). – С. 17–21.
18. Федак Б.С. Нарушения психической сферы у пациентов с острыми состояниями терапевтического профиля / Б.С. Федак, Б.В. Михайлов // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2015. – № 2 (20). – С. 97–103.
19. Шевченко Н.Ф. Психологічний портрет особистості хворих на гіпертонічну хворобу / Н.Ф. Шевченко, Є.М. Рябой // *Актуальні проблеми психології: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія* / за ред. С.Д. Максименка. – Київ : Інформаційно-аналітичне агентство, 2008. – Т. X, Вип. 9. – С. 498–510.
20. Методика і техніка аутотренінга / Б.В. Михайлов, А.Т. Філатов, А.А. Мартыненко [и др.] // *Методические рекомендации*. – Харьков : ХМАПО, 2012. – 19 с.
21. Михайлов Б.В. Медико-психологическое сопровождение больных с патологией сердечно-сосудистой системы органического и функционального генеза / Б.В. Михайлов, О.І. Кудінова // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, № 3 (72). – С. 202.

22. Михайлов Б.В. Система психотерапії в загальній практиці – сімейній медицині / Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк // Обсяги профілактичної, діагностичної та лікувальної роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря ; за заг. ред. О.М. Хвусюка, Б.А. Рогожина, А.Ф. Короба. – Харків : Прапор, 2005. – С. 399–407.
23. Психотерапія в санаторно-курортних установах : методическі рекомендації / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, А.І. Сердюк [и др.]. – Харків : ХМАПО, 2012. – 36 с.
24. Психотерапія : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации / Б.В. Михайлов, С.И. Табачников, И.С. Витенко, В.В. Чугунов. – Харьков : Око, 2002. – 768 с.
25. Федак Б.С. Психотерапія больних соматическими заболеваниями с непсихотическими нарушениями психической сферы / Б.С. Федак // Проблемы непрерывной медицинской освіти та науки. – 2015. – № 2 (18). – С. 36–42.
26. Федак Б.С. Психотерапія в курортологии (клиническое руководство) / Б.С. Федак, Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк ; под общ. ред. Б.В. Михайлова. – Харьков : Клинический санаторий «Курорт Березовские минеральные воды», 2012. – 322 с.
27. Шевченко Н.Ф. Психологическая помощь тяжелым соматическим больным : учебное пособие / Н.Ф. Шевченко, С.Д. Максименко. – Киев : Ин-т психологии им. Г.С. Костюка АПН Украины ; Нежин : Миланик, 2007. – 115 с.
28. Шестопалова Л.Ф. Особенности композиции у пациентов из гипертонической хворобою / Л.Ф. Шестопалова, А.М. Горещька // Медицинская психология. – 2014. – Т. 9, № 2. – С. 41–45.
29. Asadolahi F. Medication and psychosomatic / F. Asadolahi // European Psychiatry. – 2013. – Vol. 28, Sup. 1. – Т. 715.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ТА СУДИННО-МОЗКОВИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

I.M. Sarvir

Харківська медична академія післядипломної освіти

Для виявлення особливостей емоційно-афективної сфери пацієнтів з гострими серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями було обстежено 309 пацієнтів (76 - з ішемічною хворобою серця, стенокардією, 75 - з ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда, 77 - з транзиторними ішемічними атаками, 81 - з церебральним інсультом). Проводилося клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження.

Було встановлено, що для пацієнтів з гострими соматичними станами психосоматичного реєстру характерною є наявність спільних рис емоційно-афективної сфери.

Більшість пацієнтів з гострими серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями характеризувалися відсутністю депресивних симптомів.

При наявності високого рівня особистісної тривожності, як базової характеристики особистості, середній рівень реактивної тривоги був в діапазоні помірних значень, не дивлячись на наявність об'єктивної вітальної загрози індивідуальному існуванню. Поєднання середнього рівня ворожості і низького рівня як мотиваційної агресії, так і загальної агресивності, вказує на наявність у пацієнтів з гострими серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями пасивного ставлення до свого стану, а також інтеріоризацію агресивних імпульсів.

Основою для розробки патогенетичної системи медико-психологічної корекції психологічної дезадаптації серед пацієнтів з гострими станами терапевтичного профілю були дані клінічних, психопатологічних і психодіагностичних досліджень.

Ключові слова: *гострі серцево-судинні та серцево-мозкові захворювання, особливості емоційно-афективної сфери, медико-психологічна корекція.*

SUMMARY

FEATURES OF EMOTIONAL-AFFECTIVE SPHERE IN PATIENTS WITH ACUTE CARDIOVASCULAR AND CEREBROVASCULAR DISEASES

I.M. Sarvir

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

To identify the specific features of the emotional-affective sphere of patients with acute cardiovascular and cerebrovascular diseases was examined 309 patients (76 - with coronary heart disease, stenocardia, 75 - with coronary heart disease, myocardial infarction, 77 - with transient ischemic attacks, 81 - with cerebral stroke). Was held clinical-psychopathological and psychodiagnostic research.

Was found that patients with acute medical condition of psychosomatic register are characterized by the presence of common features of emotional-affective sphere.

Most patients with acute cardiovascular and cerebrovascular diseases were characterized by the absence of depressive symptoms.

In the case of presence of high level of personal anxiety, as basic personality characteristic, the average level of reactive anxiety was in the range of moderate values, despite to the presence of objective threat to the individual vital existence.

The combination of the average level of hostility and low levels of aggression both motivational and general aggressiveness, indicates presence among patients with acute cardiovascular and cerebrovascular diseases of passive attitude to their condition, as well as interiorization of aggressive impulses.

The basis for the development of pathogenetically based system of medical and psychological correction of psychological maladjustment among patients with acute conditions of therapeutic profile had been data of clinical, psychopathological and psycho-diagnostic examinations.

Keywords: *acute cardiovascular and cerebrovascular diseases, features of emotional and affective sphere, medical and psychological correction.*